



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Código ictus: Asistencia sanitaria de emergencias en
pacientes con déficit neurológico focal agudo.

Autor/es

Paula Casajús Pelegay

Director/es

Enrique Tobajas Asensio

Facultad universitaria Ciencias de la Salud
2013

ÍNDICE

• RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA	10
4. DESARROLLO	12
5. CONCLUSIONES	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19
7. ANEXOS	22

• RESUMEN

El ictus es la principal causa de incapacidad y la segunda causa de muerte en los países desarrollados (4), constituyendo un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (5).

Se ha determinado que la puesta en marcha de una atención protocolizada y consensuada (código ictus), entre los dispositivos extra e intrahospitalarios para los pacientes con ictus, supone un incremento porcentual de la puesta en marcha del tratamiento fibrinolítico, en caso de que sea isquémico. Dada la necesidad de tratamiento rápido, el papel que desempeñan los diferentes dispositivos de asistencia urgente es básico a la hora de detectar, trasladar y atender urgentemente al paciente (4). La labor de enfermería en estos pacientes en los servicios de urgencias incorpora una variedad de diagnósticos y de intervenciones de enfermería (3).

Así los objetivos consisten en desarrollar un plan de cuidados para aumentar la calidad asistencial por medio de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Para desarrollar el trabajo se utilizaron diferentes bases de datos con el fin de encontrar los artículos válidos para el tema.

Se identificaron las principales etiquetas, diagnósticos, objetivos, intervenciones y actividades para el plan de cuidados de un paciente con un déficit neurológico focal agudo. Por ello las conclusiones apuntan en desarrollar una asistencia basada en un plan de cuidados que garantice la calidad en las urgencias hospitalarias y hacer una valoración de los patrones funcionales de salud para realizar las etiquetas diagnósticas.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) están causadas por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus. Los ictus se clasifican en diversos subtipos distinguiéndose en líneas generales dos grandes grupos según su mecanismo de producción: la isquemia cerebral (80-85%) y la hemorragia intracraneal (15-20%) (1, 2).

Así las causas de un ictus isquémico serían si es trombótico, una arteriosclerosis de las arterias coronarias y si es embólico, un reciente infarto agudo de miocardio, enfermedad vascular o fibrilación auricular. Respecto al ictus hemorrágico cuando sea intracerebral será ocasionado normalmente por una hipertensión y si es subaracnoideo por un aneurisma o malformaciones arterio-venosas (3).

El ictus es la principal causa de incapacidad y la segunda causa de muerte en los países desarrollados (4), constituyendo un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (5). Del mismo modo, es la enfermedad responsable de mayor número de secuelas de invalidez en el adulto y la segunda causa de demencia (1).

Cuando en un ictus, el flujo de sangre no llega a alguna área del cerebro se inicia la falta de oxígeno a esos tejidos, dicha hipoxia por un minuto puede dar signos y síntomas reversibles, tales como la pérdida de la conciencia, pero cuando la hipoxia abarca periodos de tiempo más largos puede producir necrosis microscópicas de las neuronas, es decir infartos cerebrales (3).

Dependiendo del vaso afectado y la localización del infarto, los síntomas y signos serán diferentes pero los síntomas más frecuentes de inicio son la falta de movilidad en alguna parte del cuerpo, o de sensibilidad, debilidad

repentina en la cara o en alguno de los miembros superiores o inferiores, confusión repentina, dificultad súbita para hablar o entender así como defectos en la visión, mareos, pérdida del equilibrio, incoordinación o cefalea (3, 6).

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la incidencia mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. Y en nivel Europeo existe una clara diferencia en la incidencia entre los países de norte de Europa, que son más elevadas y los países del sur de Europa (6, 7, 8).

En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2009 el ictus se situó como la segunda causa de muerte global en la población española y la primera en la mujer. En este mismo año, la prevalencia en la población mayor de 65 años se estimó en el 7%, con una incidencia acumulada en la población general de 128 nuevos casos por 100.000 habitantes (6, 9, 10, 11).

El código ictus (CI), tal y como lo define el documento de la Estrategia Nacional de Ictus, es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los Servicios de Urgencias (12), que sean capaces de ofrecer una terapia de reperusión con el activador del plasminógeno tisular (rt-PA), en caso de que sea de origen isquémico (4).

El tratamiento más eficaz del ictus isquémico consistiría, en los casos que estuviera indicado, en la reperusión de la zona infartada, compuesta por una zona de isquemia no reversible y otra de penumbra rescatable en diferente grado y que es dependiente del tiempo (13), siendo, las complicaciones hemorrágicas y en concreto la hemorragia cerebral sintomática, el principal riesgo del tratamiento con rtPA (14). Por otro lado la ausencia de tratamientos específicos para los ictus hemorrágicos, contribuye a una peor evolución de estos pacientes (6).

De esta forma, la fibrinólisis está indicada en los ictus isquémico con inicio conocido de los síntomas con un período de tiempo de 0 a 3 horas de evolución, déficit neurológico cuantificado con la escala US National of Health Stroke Scale, (NIHSS) ente 5 y 25 puntos y exclusión de hemorragia cerebral por neuroimagen (13, 15).

Tal y como se ha expuesto, el CI es la herramienta organizativa que coordina las estructuras prehospititarias y hospitalarias con el objetivo claro de identificar a los potenciales pacientes que se beneficiarían de la fibrinólisis y acortar los tiempos de traslado y diagnósticos prehospitarios movilizand los recursos adecuados para trasladar al hospital útil (13). De manera general, la activación del CI y la utilización de los servicios de emergencias médicas para los traslados mejoran la atención y el manejo de los pacientes con ictus agudo (12).

Es de gran importancia que los equipos de emergencias activen desde el primer contacto o sospecha clínica el CI, comunicando la situación al centro coordinador de emergencias (CCU) (12).

Una vez que el paciente es trasladado a las urgencias hospitalarias, el paciente entrará en una vía de manejo que confirme y evalúe el diagnóstico por medio de neuroimagen, analice las indicaciones y contraindicaciones, inicie los parámetros de neuroprotección fisiológica a la vez que tome o desestime la decisión de fibrinólisis (12).

Así, resulta evidente el beneficio que produce una atención neurológica precoz y especializada con un equipo multidisciplinar en los pacientes que han sufrido un ictus. También ha sido claramente demostrado las ventajas de organizar los cuidados médicos y de enfermería en una Unidad de Ictus (UI) (16, 12, 17)

Ya en el ámbito intrahospitalario se realizaran, de manera urgente, diferentes pruebas diagnósticas, que según las recomendaciones del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de

Neurología son la Tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste, un electrocardiograma, una radiografía de tórax, un estudio hematológico que incluya recuento celular, plaquetas, actividad de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada y bioquímica, y por último en función de la sintomatología se realizarán más pruebas como gasometría arterial, punción lumbar si se sospecha hemorragia subaracnoidea (12).

Al finalizar el estudio diagnóstico urgente y estabilizado al paciente se decide la pertinencia del tratamiento fibrinolítico y el traslado a la unidad de ictus para continuar con los cuidados de la hospitalización. (12).

La labor enfermera en estos pacientes en los servicios de urgencias incorpora una variedad de diagnósticos de enfermería, cuyas prioridades están dirigidas hacia la valoración frecuente hemodinámica y neurológica y el control de las complicaciones (3).

Enfermería tiene que poner en marcha unas medidas de manejo y tratamiento para mantener las variables del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, registro electrocardiográfico, temperatura, glucemia capilar), asegurarse de valorar el patrón respiratorio y la vía aérea son las prioridades más importantes (12, 3, 6, 9).

También controlar el estado de consciencia, valorar la movilidad de los cuatro miembros y aplicar la escala de Glasgow, valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos y se considera esencial la escala US National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Así como el control del balance hidroelectrolítico y la diuresis (9, 12, 13, 3).

A pesar de la evidencia existente respecto al beneficio de las UI y de la trombólisis, la mayoría de los ictus que ocurren en España no se benefician de las mismas, con frecuencia debido a la falta de un sistema de atención al ictus bien organizado y de los recursos asistenciales adecuados. Numerosos estudios describen que esto podría solucionarse con la implantación, desde

el primer momento del CI y así mediante las pruebas pertinentes anteriormente citadas decidir si poner o no el tratamiento. Enfermería tiene que estar preparada para este tipo de urgencias, que necesitan con rapidez una serie de pruebas y de tratamientos, por lo tanto hay que saber las técnicas a seguir y los protocolos de actuación. Ya que como se ha dicho anteriormente todo depende de la coordinación de todo el equipo (15).

2. OBJETIVOS

1. Desarrollar un plan de cuidados que garantice la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes con déficit neurológico focal agudo en los servicios de urgencias hospitalarias.
2. Identificar las principales etiquetas diagnósticas según taxonomía NANDA, NIC Y NOC en los pacientes con déficit neurológico focal agudo en la asistencia sanitaria en urgencias.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

En la realización del presente trabajo se siguió un diseño de carácter descriptivo basado en una búsqueda bibliográfica y en la aplicación de las competencias del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

3.2. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda bibliográfica se realizó en inglés y español, y en las siguientes bases de datos, Pub Med, Cuiden plus, Science-direct y Scopus, limitando la búsqueda a artículos de los últimos diez años.

Del total de artículos encontrados se revisaron aquellos que se encontraron disponibles con texto completo, y de ellos se consideraron válidos los artículos cuyo contenido servía al propósito de este trabajo.

Bases de datos	Palabras claves	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos utilizados
Pub med	<i>Ictus, código ictus</i>	213	15	3
Cuiden Plus	<i>Ictus and treatment, ictus, código ictus, ictus and tratamiento.</i>	120	19	5

Scopus	<i>Ictus, código ictus, ictus y epidemiología.</i>	114	26	5
Science-direct	Ictus, código ictus, ictus y epidemiología.	97	21	4

Las palabras claves utilizadas fueron ICTUS, código ictus, código ictus and tratamiento, código ictus and treatment, ictus and prevención y ictus y epidemiología.

3.3. Desarrollo temporal del estudio.

El trabajo se desarrolló en el periodo de tiempo comprendido entre febrero y mayo de 2013.

3.4. Ámbito de aplicación del estudio.

Puede resultar interesante para los profesionales de enfermería cuyo trabajo sea en el área de urgencias hospitalarias.

3.5. Población diana.

La población diana del estudio han sido todas las personas con un déficit neurológico focal agudo.

3.6. Taxonomía utilizada.

- Valoración mediante los patrones funcionales de salud de Gordon.
- NANDA, NIC, NOC.

4. DESARROLLO

Según las características que presentan los pacientes con ICTUS, y tras la evaluación según los patrones funcionales de Gordon, sería posible que se presenten con mayor frecuencia los siguientes diagnósticos de enfermería en el servicio de urgencias:

Patrón respiratorio ineficaz (NANDA 00032)

La inspiración o la espiración no proporcionan una ventilación adecuada.

Características definitorias;

Se altera la profundidad respiratoria y de los movimientos torácicos y provoca así una disnea o taquipnea (18).

Resultados NOC;

Los objetivos son una ventilación adecuada (NOC 0403), permeabilidad de las vías respiratorias (NOC 0410) y ventilación mecánica (NOC 0411), si procede. Sus indicadores serían la frecuencia y ritmo respiratorio y la profundidad de la inspiración (NOC 041102/03/04) y la Fi O2 (NOC 041108). También habría que movilizar el esputo hacia fuera de las vías aéreas (NOC 041006) y eliminar los obstáculos de la vía aérea (NOC 041010) (19).

Intervenciones NIC;

Se realiza un manejo de la vía aérea (NIC 3140), un control de la ventilación (NIC 3390) y una monitorización respiratoria (NIC 3350), abriendo la vía aérea elevando la barbilla y controlando los diferentes parámetros. También se aplica oxigenoterapia (NIC 3320). En caso de agravarse la situación se realiza la intubación y estabilización de las vías

aéreas (NIC 3120) y se sigue con una ventilación mecánica (NIC 3300) (20).

Actividades;

Administrar oxígeno suplementario, según ordenes. Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. En caso de monitorización mecánica, controlar los diferentes parámetros y vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones (20).

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (NANDA 00201)

Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral.

Factores de riesgo;

En esta situación darían cabida, la aterosclerosis aortica, un embolismo, una trombosis de la aurícula izquierda, una prótesis valvular mecánica, una aneurisma cerebral y terapia con anticoagulantes. Así como, la hipercolesterolemia y la hipertensión (18).

Resultados NOC;

Los resultados esperados serían recobrar la perfusión tisular cerebral (NOC 0406) cuyos indicadores serían, la mejora de las funciones neurológicas (040601), así como de la presión sanguínea sistólica (406013) y diastólica (NOC 406014) y valorar lo hallado en el angiograma cerebral (040615) (19).

Intervenciones NIC;

Las intervenciones tienen que estar encaminadas a la mejora de la perfusión cerebral (NIC 2550), así se va a monitorizar neurológicamente (NIC 2620) al paciente (20).

Actividades;

La administración de fármacos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicas, así como la administración de fármacos trombolíticos. También se observara si se producen efectos secundarios derivados de la terapia con anticoagulantes y controlar la presión arterial. Se vigilara las tendencias en la escala de Glasgow (20).

Riesgo de sangrado (NANDA 00206)

Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo;

En este caso serian los efectos secundarios relacionados con el tratamiento fibrinolítico, una aneurisma y una coagulopatía vascular diseminada (18).

Resultados NOC;

Relacionado con la severidad de la pérdida de sangre (NOC 4130) cuyos indicadores son una disminución de la presión sistólica (NOC 413009) y diastólica (NOC 413010), disminución de la hemoglobina (NOC 041316 y del hematocrito (NOC 041317) (19).

Intervenciones NIC;

En caso de que hubiera sangrado, se controlara la hemorragia (NIC 4160) y se disminuirá la hemorragia (NIC 4028). (20).

Actividades;

Mantener al paciente en reposo, monitorización de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura), tomar nota del nivel de hemoglobina y de hematocrito e identificar la causa de la hemorragia (20).

Riesgo de nivel de glucemia inestable (NANDA 00179)

Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.

Factores de riesgo;

Los factores de riesgo serían relacionados a una situación de estrés y al estado de salud física, en ese momento, del paciente (18).

Resultados NOC;

El objetivo es mantener la concentración de glucosa plasmática y urinaria dentro de unos límites normales (NOC 2300) y sus indicadores son la concentración sanguínea de glucosa (NOC 230001), la hemoglobina glucosilada (NOC 230004) y la glucosa y cetonas en orina (NOC 230007, NOC 230008) (19).

Intervenciones NIC;

Se van a basar en el manejo de la hiperglucemia (NIC 2120) y manejo de la hipoglucemia (NIC 2130) (20).

Actividades;

Las actividades en este diagnóstico se centran en la vigilancia de los signos y síntomas de hipoglucemia/hiperglucemia, vigilar los niveles de glucosa en sangre, vigilar la presencia de cuerpos cetónicos y glucosa en orina y administrar insulina, según prescripción (20).

Termorregulación ineficaz (NANDA 00008)

Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

Características definitorias;

Presentara fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal (18).

Resultados NOC;

Como objetivo será la termorregulación (NOC 0800) y sus indicadores serán la frecuencia del pulso radial (NOC 080012) y frecuencia respiratoria (NOC 080013) (19).

Intervenciones NIC;

Estarían encaminadas a la regulación de la temperatura (NIC 3900) (20).

Actividades;

Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas si procede, controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración y ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. También hay que procurar administrar los líquidos IV temperatura ambiente (20).

Ansiedad (NANDA 00146)

Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias;

Se caracteriza por presentar agitación, angustia, confusión o incertidumbre (18).

Resultados NOC;

El objetivo sería disminuir el nivel de ansiedad (NOC 1211) y entre sus indicadores estarían, desasosiego (NOC 121101), inquietud (NOC 121105) y aumento de la frecuencia respiratoria (NOC 121121) (19).

Intervenciones NIC;

Las intervenciones se basarían en disminuir la ansiedad (NIC 5820) (20).

Actividades;

Entre las actividades estarían, administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos y controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente. También habría que explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento y proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico (20).

5. CONCLUSIONES

1. Una asistencia basada en un plan de cuidados que garantice la calidad en las urgencias hospitalarias y en la que se incluye una valoración clínica y la utilización sistemática de la taxonomía enfermera, en pacientes con un déficit neurológico focal agudo, constituyen la base de una buena práctica enfermera, aumentando la seguridad del paciente y disminuyendo a corto y largo plazo las posibles complicaciones.
2. Mediante una valoración por los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon se realizaran las etiquetas diagnósticas y los procesos de cuidados mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC, en los pacientes con déficit neurológico focal agudo, siendo una herramienta de gran importancia para el personal de enfermería de urgencias hospitalarias.

6. Bibliografía

1. Isasia Muñoz T, Vivancos Mora J, del Arco Galán C. Cadena asistencial del ictus. Protocolo de actuación en urgencias hospitalarias. Rev emergencias. 2001; 13:178-187.
2. López Espuela F, Jiménez Gracia MA, Luengo Morales E, Blanco Gazapo A, Márquez Caballero J, Bravo Fernández S, et al. Estudio descriptivo de los pacientes asistidos en una unidad de ictus en la Comunidad de Extremadura. Enferm Intensiva. 2011; 22(4):138-143.
3. Cometto MC. Manejo de enfermería en el accidente cerebro vascular inicial. Enfermería global. 2005; 7: 1-16.
4. Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito "Código Ictus" en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. Rev emergencias. 2009; 21: 105-113.
5. Rodríguez Zarallo A. Trombolisis intraarterial e intravenosa en el ictus isquémico agudo. Tiempo es Cerebro. Med intensiva. 2011; 35(1): 61-63.
6. Jorge Matías-Guiu Guía; Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en ictus del sistema nacional de salud. 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
7. Morales Ortiz A, Parrilla Reverter G. La cadena asistencial del ictus. Medicine. 2011; 10(72):4915-4918.

8. Fernández Benito RM, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Nuber Científ. 2012; 1(7): 60-69.
9. García Pastor A, Alarcón Morcillo C, Cordido Henriquez F, Díaz Otero F, Vázquez Alén P, Villanueva JA, et al. El empleo de un formulario estructurado mejora la calidad de la historia clínica de urgencias de pacientes con ictus agudos. Rev neurol. 2011; 26(9): 533-539.
10. Mar J, Álvarez-Sabín J, Olivac J, Becerra V, Casado MA, Yébenes M et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. neurología. 2012 Jul: 1-8.
11. Díaz-Guzmán J, Egido-Herrero JA, Gabriel-Sánchez R, Barberà G, Fuentes B, Fernández-Pérez C, et al. Incidencia de ictus en España. Rev neurol. 2008; 47 (12): 617-623.
12. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Jimenéz Hernández MD. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Med Intensiva. 2008; 32(9):431-43.
13. Díez Tejedor E, Alonso de Leciñana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. Rev neurología. 2012 Sept: 1-21.
14. López Fernánde JC, Arenillas Lara J, Calleja Puerta S, Botia Paniagua E, Casado Naranjo I, Deyá Arbona E, et al. Recursos asistenciales en ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev neurol. 2011; 26(8): 449-454.
15. Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, el al. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010. Rev neurol. 2011; 26(7): 383-396.

16. De Luca A, Toni D, Lauria L, Sacchetti ML, Giorgi Rossi P, Ferri M, et al. An emergency clinical pathway for stroke patients results of a cluster randomised trial. BMC Health Services Research. 2009, 9(14): 1-10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/14>
17. Latour-Pérez J, Galdos Anuncibay P. Trombolisis en el ictus isquémico agudo en centros sin unidad de ictus: ¿derivación a centro de referencia o tratamiento *in situ*?. Med Intensiva. 2012; 36(5):324-328.
18. Herdman TH. (Ed.). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
19. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. (Eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
20. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S. et al. (Eds.). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

7. ANEXOS

ANEXO I

Tabla I: Aspecto de la hoja de recogida de datos (formulario estructurado) empleada para la elaboración de HCU.

Unidad de Ictus – Servicio de Neurología Hoja de historia clínica. Urgencias	
<p>Ubicación del paciente:</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> varón <input type="checkbox"/> mujer Edad:</p> <p>Fecha y hora de inicio de los síntomas:h.....m.....s</p> <p>Fecha y hora de llegada al hospital:h.....m.....s</p> <p>Fecha y hora de valoración por Neurología:h.....m.....s</p> <p>¿Se activó código ictus extrahospitalario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Cumplía criterios de código ictus extrahospitalario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → especificar:</p> <p>¿Se activó código ictus intrahospitalario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p> ¿Cumplía criterios de código ictus intrahospitalario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → especificar:</p> <p>Medio de transporte empleado: <input type="checkbox"/> SUMMA 112 <input type="checkbox"/> SAMUR <input type="checkbox"/> Medios propios <input type="checkbox"/> Otros:</p> <p>Antecedentes personales:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM tipo 1 <input type="checkbox"/> DM tipo 2 <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Ictus/AIT previo <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Valvulopatía</p> <p><input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> enfermedad arterial periférica <input type="checkbox"/> tabaquismo (actual o previo)</p> <p><input type="checkbox"/> enolismo <input type="checkbox"/> consumo de drogas <input type="checkbox"/> obesidad <input type="checkbox"/> sedentarismo <input type="checkbox"/> deterioro cognitivo <input type="checkbox"/> migraña</p> <p>Alergias:</p> <p>Detalles de AP u otros antecedentes:</p> <p>Tratamiento previo:</p> <p>Vida basal:</p> <p>Escala Rankin previa al ictus: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Enfermedad actual:</p>	<p>Exploración física:</p> <p> Exploración general (AC, AP, Carótidas, EEII):</p> <p> Exploración neurológica:</p> <p>Puntuación Escala NIH:</p> <p>Pruebas complementarias en PU:</p> <p> Constantes: PA:/..... FC: T°: SaO2:</p> <p> ECG:</p> <p> Analítica: (recoger únicamente datos patológicos o significativos)</p> <p> Bioquímica:</p> <p> Hemograma:</p> <p> Coagulación:</p> <p> Otras:</p> <p> Rx Torax:</p> <p> TC craneal: fecha y hora de realización:h.....m.....s</p> <p> Resultado:</p> <p> Otras:</p> <p>Impresión diagnóstica: (diagnóstico nosológico/ topográfico/ etiológico)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>Destino del paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Unidad de Ictus <input type="checkbox"/> Planta de Neurología <input type="checkbox"/> Cargo Neurología <input type="checkbox"/> Otros Servicios <input type="checkbox"/> Domicilio/otros</p>

Fuente: García Pastor A, Alarcón Morcillo C, Cordido Henriquez F, Díaz Otero F, Vázquez Alén P, Villanueva JA, et col. El empleo de un formulario estructurado mejora la calidad de la historia clínica de urgencias de pacientes con ictus agudos. Rev neurol. 2011; 26(9): 533-539.

ANEXO II

Tabla II: Escala de Glasgow.

ÁREA EVALUADA	PUNTUAJE
APERTURA OCULAR	
Esponánea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
No hay apertura ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal (Retina)	4
Flexión anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay respuesta motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta verbal	1

Fuente: Cometto MC. Manejo de enfermería en el accidente cerebro vascular inicial. Enfermería global. 2005;7: 1-16.

ANEXO III

Tabla III: Escala NIHSS: *National institute of Health Stroke Scale*.

ESCALA DE LA NIHSS					
Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	6a. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caída	1
	Estuporoso	2		No resiste la gravedad	2
	Coma	3		No ofrece resistencia	3
				No movimiento	4
1b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6b. Motor miembro inferior	Amputación/artrodes.	NE
	1 rpta. Correcta	1		Sin caída	0
	Ambas incorrectas	2		Caída	1
				No resiste la gravedad	2
				No ofrece resistencia	3
1c. Ordenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas	0	7. Ataxia de miembros	No movimiento	4
	Obedece 1 orden	1		Amputación/artrodesis	NE
	No obedece ninguna	2			
2. Mirada (sigue dedo/ examinador)	Normal	0	8. Sensibilidad	Ausente	0
	Parálisis parcial	1		Presente en 1 miembro	1
	Desviación forzada	2		Presente en 2 miembro	2
3. Visión (presente estímulos/amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	9. Lenguaje	Amputación/artrodesis	NE
	Hemianopsia par	1		Normal	0
	Hemianop. Comp	2		Hipoestesia leve-mod	1
	Hemianop. Bilat.	3		Hipoestesia mod-sev	2
4. Parálisis facial	Normal	0	10. Disartria	Normal	0
	Leve	1		Afasia leve	1
	Moderada	2		Afasia moderada	2
	Severa	3		Afasia global	3
5a. Motor miembro superior	Sin caída	0	11. Extensión e inantención evaluar desatención / estimulación doble simultán	Normal	0
	Caída	1		Disartria leve – mod.	1
	No resiste gravedad	2		Disartria mod – severa	2
	No ofrece resistencia	3		Paciente intubado	NE
	No movimiento	4			
5b. Motor miembro superior	Amputación/artro	NT		No desatención	0
				Desatención parcial	1
				Desatención completa	2

Fuente: Fernández Benito RM, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Nuber Científ. 2012; 1(7): 60-69.